

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

423

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

# La Pneumonie

AU COURS DE

## l'Epidémie de Grippe au début de 1920

PRÉSENTÉE PAR

G. ACLIMANDOS

*Président* : Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 26 (VI<sup>e</sup> ARR.)

1920



423

**THÈSE**  
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1920

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

# La Pneumonie

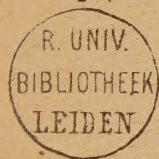
AU COURS DE

## l'Epidémie de Grippe au début de 1920

PRÉSENTÉE PAR

G. ACLIMANDOS

---



*Président* : Monsieur le Professeur Fernand BEZANÇON

---

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 26 (VI<sup>e</sup> ARR.)

---

1920

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| Doyen.....                                                    |  | M. ROGER             |
|---------------------------------------------------------------|--|----------------------|
| Professeurs.....                                              |  | MM.                  |
| Anatomie.....                                                 |  | NICOLAS              |
| Anatomie médico-chirurgicale.....                             |  | BROCA                |
| Physiologie.....                                              |  | Ch RICHET            |
| Physique médicale.....                                        |  | WEISS                |
| Chimie organique et chimie générale.....                      |  | DEGREZ               |
| Bactériologie.....                                            |  | BEZANCON             |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....             |  | BRUMPT               |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....                    |  | ACHARD               |
| Pathologie médicale.....                                      |  | GOUGET               |
| Pathologie chirurgicale.....                                  |  | GOSSET               |
| Anatomie pathologique.....                                    |  | LETULLE              |
| Histologie.....                                               |  | PRENANT              |
| Opérations et appareils.....                                  |  | Pierre DUVAL         |
| Pharmacologie et matière médicale.....                        |  | POUCHET              |
| Thérapeutique.....                                            |  | CARNOT               |
| Hygiène.....                                                  |  | Leon BERNARD         |
| Médecine légale.....                                          |  | BALTHASARD           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....               |  | MENETRIER            |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                     |  | ROGER                |
|                                                               |  | DEBOVE               |
| Clinique médicale.....                                        |  | WIDAL                |
|                                                               |  | GILBERT              |
|                                                               |  | CHAUFFARD            |
|                                                               |  | HUTINEL-MARFAN       |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....               |  | DUPRÉ                |
| Maladies des enfants.....                                     |  | JEANSELME            |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale |  | Pierre MARIE         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....          |  | TEISSIER             |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                 |  | Pierre DELBET        |
| Clinique des maladies contagieuses.....                       |  | QUENU                |
|                                                               |  | LEJARS               |
| Clinique chirurgicale.....                                    |  | HARTMANN             |
|                                                               |  | DE LA PERSONNE       |
| Clinique ophtalmologique.....                                 |  | LEGUEU               |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                |  | BAR                  |
|                                                               |  | COUVELAIRE           |
| Clinique d'accouchements.....                                 |  | RIBEMONT-DES-SAIGNES |
|                                                               |  | N                    |
| Clinique gynécologique.....                                   |  | N                    |
| Clinique chirurgicale infantine.....                          |  | N                    |
| Clinique thérapeutique.....                                   |  | A. ROBIN             |

## Agrégés en exercice

| MM.       |                |            |           |
|-----------|----------------|------------|-----------|
| ALGLAVE   | JOUSSET André  | MAILLARD   | ROUVIERE  |
| BHANCA    | LABBÉ Renri    | MOCQUOT    | SCHWARTZ  |
| OAMUS     | LAIGNEL-LAVAS- | MULON      | SICARD    |
| CASTAIGNE | TINE           | NICLOUX    | TANON     |
| CHAMPY    | LANGLOIS       | NOBECOURM  | TERRIEF   |
| CHEVASSU  | LECENE         | OKINCZYC   | TIFFENEAU |
| DESMAREST | LEVIERRE       | OMBREDANNE | VILLARET  |
| GOUGEROT  | LENORMAND      | RATHERY    | ZIMMERN   |
| GREGROIRE | LEQUEUX        | RETTERER   |           |
| GUENIOT   | LEREBoullet    | RIBIERRE   |           |
| GUILLAIN  | LERI           | RICHAUD    |           |
| JEANNIN   | LOEPER         | ROUSSY     |           |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MES PARENTS

A MON FILLEUL

Albert TOHMEH

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur FERNAND BEZANÇON

*Professeur à la Faculté de Médecine de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine*

*Médecin de l'Hôpital Boucicaut*

## AVANT-PROPOS

---

Nous sommes heureux de pouvoir en ce jour, témoigner à tous nos maîtres, nos sentiments de profond respect et de vive reconnaissance. Ceux qui guidèrent nos premiers pas comme ceux qui contribuèrent à assurer le succès de nos études médicales, nous ont également guidé de leurs excellents conseils, instruit de leur expérience. Ils n'ont épargné ni leur temps, ni leur fatigue, ni leur enseignement. A cet entier dévouement, nous ne pouvons demeurer indifférent et nous prions nos maîtres de trouver ici non pas une formule banale mais bien la sincérité de notre gratitude et de nos remerciements.

Nous ne savons comment nous acquitter de notre dette envers M. Rochon-Duvigneaud, dont la sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie pendant tout le temps que nous avons fait fonction d'externe dans son service d'Ophthalmologie à Laënnec.

M. le Professeur Bezançon, avec son extrême amabilité a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse dont les observations ont été prises dans les archives de l'hôpital Boucicaut, libéralement ouvertes à nos recherches. En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, M. le professeur Bezançon nous oblige une fois de plus et nous croyons y voir une nouvelle preuve de sympathie.

Qu'il nous soit donc permis de lui adresser d'une façon toute particulière, l'expression de nos sincères remerciements et le prier de vouloir bien recevoir l'assurance de notre profond et respectueux attachement.

---

## Considérations Générales

ET

## Statistique de Service

---

Il y a eu au début de 1920, une infection saisonnière rappelant par son épidémicité la grippe de 1918-1919, mais, en général, de forme moins sévère. Quoique à prédominance thoracique, comme la grippe de 1918-1919, cette infection saisonnière s'est caractérisée par ce fait qu'au lieu d'être surtout congestive, emportant les malades par œdème du poumon et asphyxie, elle s'est souvent compliquée de pneumonie ou de bronchopneumonie, qui ont évolué vers la guérison.

Ainsi, pendant le mois de janvier 1920, 76 malades, dont 23 hommes et 53 femmes ont été traités dans un service de l'hôpital Boucicaut pour grippe. Trente-trois (10 hommes et 23 femmes) ont vu leur affection marcher à la guérison, d'une façon bénigne, sans complication. Cette affection revêtait l'allure clinique suivante : Début brusque par céphalagie, courbature des membres, sans ou peu de rachialgie, catarrhe des muqueuses, dyspnée, point de côté, souvent un peu de congestion pulmonaire. La chute de la température se faisait rapidement et les autres

symptômes disparaissaient en une semaine au maximum. Par contre, trente-six malades ont été aggravés du fait des complications pulmonaires. Ces complications survenaient au cours même de la maladie, entre le deuxième et le quinzième jour. Cinq malades cependant, après la chute de la température de la grippe, entre le sixième et le dixième jour sont pris de pneumonie qui se greffait ainsi sur des organismes moins résistants. L'évolution s'en est faite néanmoins vers la guérison.

Cinq hommes et neuf femmes ont eu la bronchopneumonie.

Cinq hommes et dix femmes ont été atteints de pneumonie, avec présence de pneumocoques dans les crachats.

À côté de ces réactions purement pulmonaires, nous trouvons sept sujets chez qui l'élément pleural est intervenu. Un homme et quatre femmes ont présenté un syndrome pleuro-pulmonaire à évolution bénigne. Deux hommes, après une pneumonie grippale, ont fait un épanchement pleural qui s'est transformé en pleurésie purulente.

Le maximum de morbidité a eu lieu entre le 3 et le 17 janvier inclus, où trente-huit malades (onze hommes et vingt-sept femmes), entrent à Boucicaut pour grippe, la plupart, des domestiques, dont les patrons sont atteints du même malaise, disent-ils.

Certains cas de contagion par co-habitation, transmission de mari à femme, etc., sont très nets.

Il y a eu moins de dissociation du pouls et de la température, moins d'hypotension, peu de formes hémorragiques, six épistaxis ou avancées de règles.

Le nombre des décès imputables à cette épidémie, a été peu élevé : six. Seuls ont succombé les individus tarés ou en état de moindre résistance physiologique : un éthylique, une néphrite chronique

deux femmes enceintes entrées tardivement à l'hôpital, toutes deux pour y mourir le surlendemain de bronchopneumonie ; un vieillard de 83 ans..

En février, trente-quatre cas de grippe (douze hommes et vingt-deux femmes). Sept hommes et quinze femmes sont légèrement atteints. Quatre hommes et cinq femmes présentent des complications pneumoniques. Un homme et deux femmes ont la bronchopneumonie.

Nous relevons dans cette statistique vingt-quatre cas de pneumonie sur cent-dix grippés, soit une proportion de 21,8 pour cent, alors que d'après Netter, la pneumonie grippale existerait dans un cas sur vingt, soit cinq pour cent. Cette grande fréquence nous a donné à croire qu'il y avait eu une véritable épidémie de pneumonie. C'est cette dernière que nous nous proposons d'étudier. Malgré qu'elle se soit montrée pendant une épidémie de grippe, nous n'envisagerons pas seulement la pneumonie grippale, mais toute pneumonie apparue durant cette période ; toutefois la pneumonie grippale nous servira de comparaison.

Nous laisserons à part tout ce qui relève de la pneumonie vraie. Nous passerons donc sous silence, dans l'étiologie, les causes prédisposantes extrinsèques (climat, altitude, pression barométrique, etc.) et intrinsèques (âge, sexe, professions etc.) ; les causes occasionnelles, telles l'action du froid ; les écarts de régime, les traumatismes thoraciques, causes auxquelles les anciens médecins attachaient trop d'importance. Il nous semble aussi, que la description du pneumocoque, l'agent causal de la pneumonie grippale et de la pneumonie vraie, ne trouve pas place ici.

Nous n'insisterons donc, que sur l'étiologie qui a été l'objet de discussions nombreuses quant à la pneumonie grippale, la symptomatologie et l'évolution, qui

pourraient nous révéler quelques signes distinctifs.

N'ayant eu qu'un seul décès, survenu chez un pneumonique urémique dont l'autopsie n'a pas été pratiquée, nous ne pourrions parler d'anatomie pathologique et nous nous en tiendrons à la clinique qui nous porte à croire que les lésions pulmonaires sont les mêmes que celles de la pneumonie franche.

En fait de complications, la pneumonie du début de 1920 ayant été bénigne, nous n'avons observé que deux cas où elle s'est compliquée de pleurésie purulente, un cas où le malade semble l'avoir fait en même temps une réaction cortico-pleurale et un autre où les bruits du cœur étaient sourds, mais non accompagnés de souffles.

Le diagnostic facile, n'offre pas d'intérêt particulier pour ce travail.

Le pronostic, généralement bon, n'a été mauvais que pour un individu taré, urémique depuis 1914.

Le traitement a été celui de la pneumonie vraie. On n'a eu recours ni aux sérums ni aux vaccins, mais à la thérapeutique habituelle par les toniques : potion de Todd, les expectorants, les ventouses, etc.

---

## ETIOLOGIE

---

La pneumonie grippale a été longtemps considérée comme d'une nature particulière, comme une détermination spéciale de l'agent morbide qui cause l'influenza.

La thèse de Ménétrier (*Grippe et Pneumonie en 1886, Th. de Paris, 1887*) a fait voir par des preuves sans réplique que la pneumonie grippale était bien une vraie pneumonie fibrineuse à pneumocoques, développée secondairement à titre de complication chez un sujet atteint de grippe et pouvant apparaître primitivement chez d'autres sujets.

« D'une part, l'étude des épidémies antérieures nous montre que la pneumonie est venue se mêler à la grippe, elle ne survient pas seulement à titre de complication, mais qu'elle apparaît aussi primitivement chez d'autres sujets, constituant une épidémie concomitante, et, d'autre part, nous avons pu démontrer la présence du parasite de la pneumonie franche, dans les produits d'expectoration, dans l'hépatisation pulmonaire après la mort et dans le sang pendant la vie. Nous pouvons donc conclure que grippe et pneumonie sont deux affections indépendantes, quoique présentant de grandes affinités l'une avec l'autre.

L'une semble prédisposer à l'autre et toutes deux paraissent favorisées par les mêmes causes. » (1).

Pour Teissier, il ne s'agit pas d'une pneumonie vraie mais d'une bronchopneumonie pseudo-lobaire bi-latérale.

En 1918-1919, on s'est demandé à nouveau « si le virus grippal, lorsque sa virulence est exaltée, ne possède pas par lui-même et sans l'intervention d'agents secondaires, la propriété de provoquer des pneumopathies spécifiques grippales ».

« La participation des pneumocoques et des streptocoques, indéniable dans certains cas, pourrait s'expliquer par l'exaltation du microbisme latent, donnant lieu à une action associée, mais non prépondérante, en présence d'un milieu rendu favorable par les lésions propres de la grippe. » « Tant que l'agent causal de la grippe nous échappera, il sera difficile de spécifier les lésions qui sont directement sous sa dépendance. » (2).

Mais, d'une part, si dans un service de l'hôpital de la Pitié, on n'a observé aucun cas de pneumonie au cours de la grippe de 1918-1919, ce qui plaiderait alors contre l'hypothèse de pneumopathie spécifique grippale puisque à ce moment la grippe était justement très virulente, l'on ne peut conclure qu'il n'y en a pas eu, et nous avons à notre connaissance qu'à la même époque, dans un service de l'Hôtel-Dieu, plusieurs grippés avaient été atteints de pneumonie.

D'autre part, nous avons constaté au début de 1920, plusieurs cas de pneumonie apparue au cours de la grippe et où l'examen des crachats a révélé la présence constante du pneumocoque, associé à de

---

(1) Ménétrier.

(2) Limanowsky (L'Epidémie de Grippe de 1918-1919, Th. de Paris, 1920).

courtes chaînettes, des coccis ; de pneumonie primitive, sans début grippal, mais contractée par contagion indéniable, tel une femme J..., veuve C..., qui présente les symptômes d'une pneumonie franche primitive et dont le mari, atteint de grippe, venait de mourir de pneumonie.

Nous ajoutons en plus, l'observation d'une pneumonie franche primitive, avec pneumocoques dans les crachats, presque en culture pure, survenue chez une personne qui dit n'avoir approché ni grippés ni pneumoniques. Nous estimons cependant, que la contagion, qu'elle ait été directe ou indirecte, était certaine, surtout si nous considérons qu'il y avait épidémie de pneumonie.

En conséquence, nous nous rangeons à l'avis de M. Ménétrier et nous croyons comme lui qu'il y a une grande affinité entre la grippe et la pneumonie, laquelle est une affection indépendante causée par l'agent pathogène de la pneumonie franche, le pneumocoque. Le virus de la grippe ne cause pas la pneumonie mais il y prédispose.



## DÉBUT

---

Les classiques nous apprennent que c'est à une époque variable de la grippe, quelquefois dès les premiers jours, plus souvent entre le dixième et le quinzième jour après le début, que la pneumonie fait son apparition. Insidieuse parfois, elle s'annonce d'ordinaire par plusieurs petits frissons se succédant pendant deux ou trois jours, quelques épistaxis et souvent un point de côté très violent. Ce dernier peut au contraire manquer totalement et les symptômes du début se réduisent alors à des douleurs vagues dans la tête, la poitrine et les membres, de l'abattement et un certain degré de dyspnée.

Nous constatons dans nos observations que la pneumonie est survenue entre le deuxième et le quinzième jour après le début de la grippe.

La plupart de nos malades ont eu plusieurs petits frissons. Néanmoins, l'un d'eux nous dit n'avoir ressenti qu'un seul et unique frisson. La pneumonie était apparue pourtant au sixième jour de la grippe. Ce frisson solennel, pareil à celui de la pneumonie vraie, nous l'avons retrouvé dans la pneumonie primitive apparue pendant l'épidémie de grippe ; par contre, il était complètement absent dans le cas de

pneumonie franche dont nous rapportons l'observation.

L'ascension fébrile commence avec le frisson dans la pneumonie primitive comme dans la pneumonie franche. Avec ou sans frisson initial, quelques heures suffisent pour élever la température du corps à deux ou trois degrés au-dessus de la normale, c'est-à-dire, entre 39° et 40°. Chez les grippés, la fièvre augmente et de 38° ou 39°, elle atteint 40° et davantage.

Le pouls s'accorde généralement avec la température et est aux environs de 110. Nous l'avons vu cependant rester, rarement il est vrai, à 80, alors que la fièvre était à 39° et même 40° 6.

La dyspnée est pour ainsi dire constante chez les pneumoniques. Sauf quelques cas exceptionnels, nous l'avons observée dès le début de la pneumonie.

Le point de côté a été souvent le premier symptôme de l'invasion pneumonique. Il était quelquefois absent, mais quand il apparaissait, il était généralement très intense et siégeait alors au-dessous du mamelon ou près de l'arcade des fausses côtes. Il occupait toujours le côté affecté, jamais le côté sain.

La toux accompagnait le point de côté qu'elle exaspérait. Aussi le malade la retenait autant qu'il le pouvait. Selon la remarque de Jürgensen, « le point de côté par action réflexe provoque la toux, et la toux provoque à son tour le point de côté ; cercle vicieux qui rend souvent très pénible la situation des malades au début de la pneumonie ». Il a été dit que les variations de la toux et du point de côté sont le plus souvent parallèles ; la toux est rare lorsque le point de côté est peu marqué. Nous avons remarqué cependant que des malades toussaient beaucoup alors que le point de côté était faible ou même complètement absent et inversement, des malades qui se plaignaient d'une douleur de côté violente et qui toussaient peu.

Ces derniers n'étaient pourtant ni des vieillards, ni des alcooliques, ni des cachectiques. Nous signalerons aussi que les personnes qui toussaient déjà depuis quelques temps, ont vu leur toux augmenter considérablement au début de la pneumonie.

L'expectoration, rarement nulle, s'est montrée le plus souvent dès le début, avec l'aspect spécial presque pathognomonique de la pneumonie vraie. Les malades rendaient, après de violentes quintes de toux, des crachats collants et tenaces, dont quelques-uns striés de sang ou même déjà rouillés.

L'insomnie est fréquente, entretenue par le point de côté et la toux.

Tels sont les premiers symptômes de la pneumonie primitive ou secondaire, apparue pendant l'épidémie de grippe de 1920. Nous devons cependant faire quelques réserves en ce qui concerne la pneumonie que nous appelons secondaire parcequ'elle est précédée des symptômes de la grippe. Nous savons que le début de la pneumonie n'est pas toujours brusque. Pendant quelques jours, le malade s'est plaint de céphalalgie, de nausées, d'épistaxis, de malaises et a présenté les symptômes d'un état grippal plus ou moins prononcé. Ces prodromes de la pneumonie sont difficiles à différencier d'avec les symptômes de la grippe et nous ne sommes pas en mesure de les séparer.

---



## PÉRIODE D'ETAT

---

Pendant plusieurs jours le tableau clinique se modifie peu.

Comme dans la pneumonie franche, la fièvre persiste offrant le type continu, atteignant le soir son maximum entre  $40^{\circ}$  et  $41^{\circ}$ , présentant le matin des rémissions qui dépassent rarement un demi ou un degré. Nous avons remarqué une fois cependant une différence de plus de deux degrés et la température à  $38^{\circ}$  le matin, est montée le soir à  $40^{\circ}2$ , pour revenir le lendemain matin à  $38^{\circ}$ . Nous n'avons jamais trouvé à la fièvre, l'allure capricieuse comme celle de la grippe elle-même, décrite par les classiques.

Le pouls se maintient au-dessus de cent ; nous l'avons vu cependant demeurer à la normale ou légèrement au-dessus malgré l'intensité de la fièvre. Tout en se maintenant très bas entre 80 et 90, il traçait parfois une courbe parallèle, à celle de la température, descendant à 66 au moment de la défervescence.

La dyspnée était le plus souvent très marquée et la plupart de nos malades étaient cyanosés.

Le point de côté durait quelques jours mais moins violent et disparaissait rapidement.

Quant aux crachats, contrairement aux assertions des auteurs, ils étaient gommeux, adhérents, rouillés

ou couleur abricot. L'expectoration, abondante, était blanche chez un urémique.

C'est à cette période qu'appartiennent les signes physiques de la pneumonie. Nous dirons tout de suite qu'à ce point de vue la pneumonie de 1920, diffère de la pneumonie grippale où les classiques ont constaté seulement de la submatité en un point avec des râles plus ou moins gros, râles sous-crépitaunts et non crépitaunts, un souffle voilé, donnant l'idée d'une pleurésie.

Les pneumonies que nous avons observées, étant de médiocre intensité, la matité n'était pas absolue comme dans les pneumonies massives, mais incomplète et superficielle.

Le râle crépitaunt, tantôt limité en un point circonscrit, tantôt en couronne autour de la partie hépatisée, se produisait à l'inspiration seulement et était parfois si peu distinct qu'il fallait pour le percevoir nettement provoquer de grandes inspirations en faisant tousser le malade. Dans un cas de pneumonie avortée, le râle crépitaunt existait alors que le souffle tubaire était absent.

Quant au souffle tubaire qui n'était pas voilé mais aigre et rude, était tantôt accompagné de râles humides qui le couvraient en partie, tantôt parfaitement pur de tout mélange. Il s'entendait aux deux temps de la respiration, mais plus accentué à l'expiration.

La bronchophonie accompagnait le souffle tubaire, parfois, égophonie à la limite du foyer et des parties saines ?

L'état général était bon. D'ordinaire l'anorexie persistait ainsi que la soif, mais la langue, quoique saburrale, était généralement humide, parfois sèche. Souvent, il y avait de l'herpès autour des lèvres, de

l'angine ou plutôt du catarrhe pharyngé ; quelquefois de la diarrhée.

Rien au foie. La rate souvent un peu grosse, était percutable. Les urines, légèrement diminuées, un litre en moyenne par jour, contenaient rarement de l'albumine.

Nous n'avons jamais observé d'hémorragies interstitielles telles que purpura, pétéchies, ecchymoses.

Cet ensemble de symptômes persiste sans changement notable pendant trois à six jours. Au bout de ce temps, la situation semble s'aggraver : la langue devient pâteuse et même sèche, la dyspnée fait des progrès, le facies devient pâle et livide, les forces fléchissent de plus en plus et l'issue fatale semble menaçante, quand un changement total s'opère dans l'état du malade.

---



## PÉRIODE DE TERMINAISON

---

La terminaison de la pneumonie grippale a été toujours régulière, à résolution prompte. Comme dans la pneumonie franche, la défervescence s'est produite entre le cinquième et le neuvième jour.

En quelques heures, la fièvre tombait et le malade qui avait 40° la veille au soir, n'avait plus que 37° le lendemain matin. Une seule fois, la crise franche était remplacée par une lysis progressive.

Le nombre de pulsations diminuait en même temps que la fièvre baissait. Cependant, il n'a pas été très rare de voir les pulsations augmenter alors que la fièvre diminuait d'intensité. Nous avons même remarqué une fois, que le pouls était remonté à 100 pendant que la température était à la normale. Cette dissociation du pouls et de la température n'avait pas été de mauvais pronostic.

Avec la chute de la fièvre, disparaissaient les troubles fonctionnels : La dyspnée diminuait ou cessait entièrement ; la toux devenait facile, quelques malades même ne toussaient plus ; l'expectoration se rarifiait ; la langue s'humectait ; la soif était moins vive et l'appétit se réveillait.

Localement, la matité diminuait peu à peu ; le souffle tubaire moins rude, n'était plus perceptible qu'à l'expiration ; les râles sous-crépitaux de retour,

gros et humides, faisaient leur apparition. Puis, tous ces symptômes s'effaçaient eux-mêmes rapidement et tous nos malades quittaient l'hôpital, ne présentant plus de signes sthétoscopiques.

Cette terminaison favorable était constante, sauf pour l'une de nos malades qui semblait avoir fait en même temps qu'une pneumonie du sommet, une réaction cortico-pleurale de la base. Chez elle, la fièvre, après s'être maintenue entre 39° et 40° du 17 au 24 janvier, a baissé en lysis mais très lentement, et oscillait encore entre 37° et 38° depuis le 3 février au 19 du même mois, jour où la malade quittait l'hôpital.

Nous n'avons jamais observé de terminaisons irrégulières : Pas de passage à l'état chronique, pas de suppuration du poumon, ni infiltration purulente, ni abcès ; pas de gangrène.

Les classiques nous disent que la marche de la pneumonie grippale est souvent très rapide. En deux ou trois jours, le foyer pneumonique s'étend, envahit la presque totalité d'un poumon, gagne même le côté opposé. En même temps, la dyspnée devient extrême, l'adynamie fait de rapides progrès et le malade succombe avec tous les symptômes de la pneumonie infectante. Nous n'avons trouvé aucun cas semblable. De même, la marche de la maladie n'a jamais été remarquable par son irrégularité ; jamais de résolution lente.

---

## OBSERVATIONS

---

### Obs. I. — Grippe avec Pneumonie droite.

Géorgette S., 30 ans, cuisinière, entre le 20 janvier 1920, pour fièvre élevée, toux, point de côté violent à droite, dyspnée.

Il y a huit jours environ, début par catarrhe oculonasal, fièvre vespérale, sueurs nocturnes, anorexie, vertiges, courbature généralisée. La malade continue à vaquer à ses occupations, se contentant de prendre de l'aspirine.

Le 18 Janvier, elle se trouve mal et est prise, quand elle revient à elle, d'un point de côté droit extrêmement violent, siégeant sous le sein droit, et de dyspnée intense. En même temps, elle se sent brûler d'une forte fièvre accompagnée d'un grand frisson. Au moment où elle entre à l'hôpital apparaît une toux saccadée, constante, suivie d'une expectoration collante, souillée.

Antécédents personnels : En Janvier 1919, la malade a eu la grippe accompagnée de pneumonie droite.

Examen au 21 Janvier : Malade dyspnéique, aux pommettes fortement colorées, au facies vultueux, aux lèvres herpétiques, les ailes du nez battantes. Langue très saburrale, sèche. La malade est secouée constamment d'une toux saccadée qu'elle retient à cause de la vive douleur qu'elle réveille au côté droit. Cette toux est suivie de temps en temps de l'expectoration d'un crachat rouillé, ou bien gommeux, et strié de sang, expectoration

collante qui ne se fait qu'au prix de grands efforts expiratoires. Temps : 40°2. Pouls : 124.

La percussion donne une grosse matité dans toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit. A l'auscultation, souffle tubaire net aux deux temps; à la zone supérieure de matité, s'accompagnant d'une couronne de râles crépitants. Bronchophonie.

Pas d'albumine dans les urines. — Teus-Laubry : 14-7.

La température continue à osciller autour de 40° jusqu'au neuvième jour de la Pnéumonie, où la défervescence se fait brusquement : la fièvre tombe d 40°2 à 37°. Le pouls suit la température et descend à 76. Les râles sous-crépitanls de retour apparaissent. Après quelques jours de repos, la malade apyrétique et ne présentant plus de signes stéthoscopiques, quitte l'hôpital le 6 février.

## Obs. II. — Grippe avec Pneumonie gauche.

Le C., Marcel, 26 ans, peintre, entre à l'hôpital le 17 Janvier 1920.

Il y a 15 jours, le malade souffrait de la gorge, éprouvant de la gêne à la déglutition, et est pris en même temps d'une céphalée violente. Le lendemain, il saigné du nez, perd connaissance un quart d'heure, puis tousse, expectore, est dyspnéique. En outre, se plaint de courbature généralisée, a de la diarrhée et des frissons répétés.

Rien à signaler quand à ses antécédents.

A l'entrée, le malade est dyspnéique et légèrement cyanosé. La base gauche est submate et l'auscultation révèle entre les tiers moyens et inférieur, un souffle tubaire entouré de râles crépitants.

Rate un peu grosse. Pas de taches rosées.

Rien au cœur. Pouls à 100. — Température : 39°2.

Réflexe rotulien exagéré. Ebauche de clonus de la rotule Pupilles normales. Langue sale, rouge sur les bords. Urines contiennent de l'albumine.

Le 17 janvier, jour de son entrée, on lui fait une

saignée. La tension prise le 19 =  $12\frac{1}{2}$ -7. Le 20, il n'y a plus d'albumine dans les urines. La température a continué de baisser en lysio, depuis l'entrée à l'hôpital.

Le pouls suit la température et de 100, il arrive à 90 le 22 Janvier, mais pour revenir à 100 le 24 et se maintenir entre 96 et 98 malgré que la température touchait la normale.

### Obs. III. — Grippe avec foyer pneumonique à droite.

Mme C... Lélie, 30 ans, domestique, vient à l'hôpital le 17 Janvier 1920, cinq jours après le début de sa maladie. Elle dit avoir eu le 12 et, du catarrhe oculo-nasal, de l'angine et de la céphalée ; puis, progressivement, elle a senti de la courbature générale, a eu des frissons, un point de côté à droite. Les règles sont en avance de 20 jours.

A l'examen, la malade est légèrement cyanosée. Température :  $40^{\circ}$ . Pouls, bien frappé, est à 84. Tension : 11-6. Pas d'albumine. Rien au poumon gauche. Le poumon droit, rien en avant mais en arrière, râles crépitants et, à la région axillaire, souffle aux deux temps. Bientôt ce souffle s'étend en arrière et devient très étalé. Egophonie et Pectoriloquie aphone. La malade tousse peu. L'expectoration est nulle. Le lendemain de son entrée, la température tombe brusquement à  $37^{\circ}$ , remonte le surlendemain à  $37^{\circ}5$  le matin,  $37^{\circ}7$  le soir, pour revenir ensuite à la normale. Le pouls à 84 à l'entrée, est à 80 le 19 et monte à 88 le 21 alors que la température est à  $37^{\circ}$ .

### Obs. IV. — Grippe avec Pneumonie droite.

J... Clémentine, 36 ans, femme de chambre, entre le 15 Janvier 1920 pour fièvre, courbature, point de côté violent à droite, toux

Début, il y a 15 jours, par frissons nombreux, courbature généralisée, fièvre. En même temps, yeux lar-

moyants, nez enchifrené. La malade qui toussait déjà depuis quelque temps, voit sa toux augmenter considérablement, devenir très fatigante. Néanmoins, elle continue à vaquer à ses occupations jusqu'au 11 et où elle s'alite. Le 13, elle est prise d'un point de côté droit et expectore des crachats visqueux, adhérents, rouillés. La base droite est submate. On y trouve un souffle tubaire aux deux temps, entouré de râles crépitants.

L'examen des crachats : polynucléaires altérés mais peu nombreux.

Pneumocoques et courtes chaînettes.

Le sang donne : Polyn : 84 ; Monon : 14 ; Lymphoc : 2 ; Eosinoph : 0.

La température à 39°2 le 15, arrive progressivement à 40° le 17. Le 18 au matin 39°, le soir 38°4. Elle remonte le 19 matin à 39°, le soir 39°4 ; se maintient à 38°9 le 20, et le 21, chute brusque à 37°.

Le pouls à 82, le jour de l'entrée, descend à 72 le 21 puis à 66 pour remonter à 80.

### **Obs. V. — Grippe avec forme pneumonique avortée.**

Mme F... Joséphine, 30 ans, entrée le 1<sup>er</sup> Février 1920, au septième jour de sa maladie, avec une température à 38°8. La malade toussait depuis le 15 janvier. Le lundi 26 Janvier, elle ressent un point de côté à droite et plusieurs frissons. En même temps, elle est fiévreuse et a mal à la gorge. Elle continue cependant à vaquer à ses occupations jusqu'au vendredi où elle s'alite. Le dimanche 1<sup>er</sup> Février, elle appelle un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

Le 2 février, température à 41°, pouls à 112. On trouve à droite, matité du tiers inférieur et râles sous-crépitaux fins. Le 5, la matité persiste sans pectoriloquie ; — râles sous-crépitaux et crépitaux ; — pectoriloquie au sommet.

La température à 38°8 à 1<sup>er</sup> Février monte le 2 à 40° le matin, 41° le soir. Le 3 matin 38°8, le soir 39°3. Le 4,

chute à 37°3, continue à baisser progressivement à 37° jusqu'au matin du 6 où le soir, elle remonte à 38°4. Du 7 au 9 inclus, elle monte lentement de 37°4 à 38°2, pour revenir à la normale à partir du 10. — Le pouls à 112 le 2 Février descend à 98 le 4 ; le 6 et 7, il tombe à 69 pour remonter à 84 le 9, jour du summum de la dernière poussée fébrile.

#### **Ob. VI. — Pneumonie franche aiguë.**

Lem., Angèle, 23 ans, bonne à tout faire, entre le 25 Janvier 1920 au soir pour un état infectieux avec température à 40°3e et pouls à 114. La malade qui était jusque-là bien portante et ne vivait pas au milieu de grippés, est prise le dimanche 25 au matin, brusquement d'étourdissements avec céphalée. En même temps, les règles apparaissent. Pas de frisson, pas de vomissements, ni point de côté, ni épitaxis. Elle tousse peu et expectore quelques crachats glaireux, adhérents, dont quelques-uns sont couleur abricot. L'état général paraît bon, la malade n'est pas dyspnéique. Herpès du côté droit. — A l'examen des poumons, on ne constate que de la submatité et du silence, en arrière, du côté droit. La malade a de l'oligurie et un peu d'albumine.

Le 27, toujours du côté droit, matité, souffle tubaire, peu de râles crépitants. Broncophonie, pectoriloquie. Crachats muco-glaireux, couleur abricot. Leur examen montre des pneumocoques presque en culture pure, sur fond d'éléments très altérés par endroits, polynucléaires intacts en d'autres. Hémoculture négative. T. A. : 13-7.

La température à 40°3 le 25 soir, est à 39°6 le 26 matin, 40° le soir. Le 27 matin 38°, le soir 40°2. Le 28 matin de nouveau 38°, le soir 39°2. Elle se maintient à 38° le 29, puis descend à 37° le 30 pour y persister.

#### **Obs. VII. — Grippe avec Pneumonie du sommet droit et réaction cortico-pleurale de la base.**

J.. Adèle, 26 ans, cuisinière, entrée le 17 Janvier 1920. Début il y a quatre jours, brusque, par céphalée,

rachialgie, courbature, épitaxis, catarrhe nasal, angine, laryngite. Les règles apparaissent avec une avance de quinze jours. Présente le 17 Janvier, une température à 39° ; pouls à 90. Signes pulmonaires. A droite, en avant, respiration rude ; en arrière, à la moitié inférieure, matité, râles crépitants à la partie moyenne ; léger souffle dans la région axillaire et pectoriloquie aphone ; quelques râles sibilants. — A droite, en arrière, submatité du tiers inférieur. — Les crachats muco-purulents, sont verdâtres, dilués et légèrement hémorragiques. Evolution : A droite, en arrière, le souffle s'est étendu, surtout net à l'expiration mais plus rude qu'un souffle tubaire ; autour de lui, râles crépitants. Broncophonie. — Pectoriloquie. — Au-dessous, quelques râles sous-crépita-nts. — A gauche, respiration rude. — Toux fréquente. Expectoration muco-purulente. — Pas de dyspnée. — Bon état général. — Le 3 Février matité à la base droite, silence à l'auscultation. Le 9, à droite, souffle au sommet, râles sous-crépita-nts dans toute l'étendue du poumon. — A gauche, souffle au sommet ; respiration rude. Du 10 au 15 : l'état général de la malade s'améliore ; elle ne tousse plus, ne crache plus, mais la courbe thermique est anormale. Au bout d'un mois, la température est encore oscillante entre 37° et 38° et les signes physiques sont les suivants : Exagération des vibrations à la base droite où l'on perçoit des bruits très fins qui, par moments ont le timbre de râles sous-crépita-nts très fins, et par moments, prennent le timbre de frottements. La respiration est diminuée sur toute la hauteur du poumon, sauf au sommet où la respiration est nettement soufflante ; broncophonie.

En résumé, il semble qu'on est en présence d'un reliquat de :

- 1° Bloc pneumonique du sommet droit ;
- 2° D avec réaction cortico-pleurale de la base.

La température à 39° le 17 Janvier monte le 18 matin à 40° et le soir à 40°6 ; elle oscille entre 39° et 40° jusqu'au 24 ; descend en lysis autour de 39° jusqu'au 3 février (pendant cette période, la malade n'expectore

plus) ; puis, elle oscille entre 37° et 38° jusqu'au 19 Février où la malade quitte l'hôpital.

Le pouls s'est toujours maintenu entre 80 et 90, sauf du 6 au 12 février où il est descendu à 70. — T. A. 15-9.

Crachats : Polyn. peu nombreux ; davantage de mon. Nombreux microbes : Pneumocoques et gonococcis.

### **Obs VIII. — Pneumonie grippale chez un albuminurique.**

B... Elie, 43 ans, valet de chambre, entre le 28 Janvier 1920, pour grippe. Malade depuis 3 à 4 jours. Début brusque : sensation de fléchissement des jambes, courbature générale, fièvre. Légère douleur à la toux dans la région épigastrique. Quelques vomissements alimentaires et bilieux dans la nuit qui a précédé l'entrée à l'hôpital. Comme antécédents personnels, il tousse toujours un peu l'hiver, est urémique depuis 1914, a eu une grippe très légère en 1918. — Le malade dyspnéique et cyanosé, présente un peu de conjonctivite gauche. — Bruits du cœur sont sourds ; pas de souffle. — Tachycardie. — Pouls à 102. — Peu de signes pulmonaires : respiration un peu soufflante aux deux bases. — Expectoration blanche assez abondante. — Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate. — Le 29, foyer pneumonique gauche. — T. A. : 12  $\frac{1}{2}$ -9. Albumine : 1 gr. 20 ; sucre, 0 ; Pig. bil. : 0 ; ac. bil. : 0.

Température à 39° le 28 soir, est à 38° le 29 matin et se maintient à 39°9 jusqu'au 30 soir. Le 31 matin 37°6, soir 38°4. Le 1<sup>er</sup> Février matin 38°8, soir 39°3. Le 2 matin 37°8... Mort.

---



## CONCLUSIONS

---

Pendant l'épidémie grippale bénigne du début de 1920, la pneumonie a été très fréquente. Nous l'avons trouvée dans la proportion de 21,8 pour cent grippés, alors que, d'après Netter, elle existerait dans un cas sur vingt seulement.

La présence constante du pneumocoque dans les produits de l'expectoration, nous permet de conclure que c'est bien lui qui en est l'agent causal.

Nous sommes convaincus que les symptômes grippaux qui précédaient l'apparition de la pneumonie, n'appartenaient pas toujours à la grippe, mais qu'ils constituaient parfois les prodromes d'une pneumonie franche à début lent. Si nous ajoutons à ces derniers cas, ceux où la pneumonie apparaissait primitivement par suite de contagion indéniable, nous croyons pouvoir conclure qu'il y avait en même temps, épidémie de grippe et épidémie de pneumonie. Ce qui nous confirme davantage cette manière de voir, c'est que ces pneumonies, secondaires ou primitives, ont eu, en général, une évolution régulière, cyclique, en tout pareille à celle de la pneumonie franche. Sauf le début par un grand frisson unique, solennel pour les unes, par frissons répétés pour les autres, elles se présentaient avec tout le cortège symptomatique de la pneumonie franche : dyspnée, point de côté, toux

fréquente, expectoration rouillée ou couleur abricot, submatité, râles crépitants, souffle tubaire, fièvre suivant un cours régulier, se terminant par défervescence brusque sans disparition des signes physiques, lesquels se résolvaient ensuite graduellement. Nous faisons remarquer cependant, qu'il y a eu quelquefois des dissociations du pouls et de la température.

Enfin, cette épidémie de pneumonie était d'intensité modérée : tous nos malades ont quitté l'hôpital guéris ; un seul est mort mais il était urémique et avait de l'albuminurie.

En résumé, il y a eu, au début de 1920, une véritable épidémie de pneumonie, laquelle apparaissait primitivement ou secondairement à la grippe, et qui se rapprochait beaucoup plus de la pneumonie franche que de la pneumonie grippale.

Vu : *Le Président,*

Fernand BEZANÇON.

Vu :

*Le Doyen,*

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

Paul APPEL.



